Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's

Utrecht, maart 2016

Inhoud

Voorwoord

De vluchtelingencrisis staat hoog op de maatschappelijke agenda. Dagelijks zien we op televisie aangrijpende beelden van vluchtelingen op hun weg naar Europa. Deze beelden laten veel burgers niet onberoerd. Voor- en tegenstanders van de opvang van asielzoekers in Nederland roeren zich in het debat, vrijwilligers bieden waar mogelijk hulp en steun aan.

Van veel sectoren werden in 2015 extra inspanningen gevraagd vanwege de grote instroom van asielzoekers. Dat gold niet in de laatste plaats voor de artsen, verpleegkundigen, assistenten en COA-medewerkers die dagelijks opvang en medische zorg bieden aan asielzoekers in Nederland.
De inspectie heeft veel waardering voor de grote inzet en flexibiliteit waarmee zij op de nieuwe opvanglocaties - vaak in omstandigheden die verre van ideaal zijn - hun werk doen. Verschillende instanties, zoals de Nationale ombudsman en het College voor de Rechten van de Mens, deden onderzoek naar de leefomstandigheden.
In dit onderzoek keek de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de medische zorg aan asielzoekers. De invloed van de leefomstandigheden op de opvanglocaties op de gezondheid van asielzoekers heeft de inspectie niet onderzocht.

Uit het onderzoek van de inspectie in 2015 blijkt dat de medische zorg aan asielzoekers in nieuwe opvanglocaties niet aan alle normen voldeed. Dat zal geen verrassing zijn, gezien de uitzonderlijke situatie. Belangrijker is de constatering dat de grootste risico's in de medische zorg aan asielzoekers voldoende in beeld waren bij de betrokken ketenpartners. Ook hebben zij in samenspraak met de inspectie maatregelen genomen om deze risico's te beperken. Dat is ook wat de inspectie van de ketenpartners verwacht.

De inspectie heeft in 2015 haar toezicht op de medische zorg aan asielzoekers geïntensiveerd, vanwege de risico's die de snelle uitbreiding van het aantal opvangplaatsen met zich meebrengt. De nadruk lag hierbij op de interactie met de ketenpartners en snelle terugkoppeling van resultaten van inspectiebezoeken.
In 2016 continueert de inspectie dit geïntensiveerde toezicht. Enkele verbeteringen die de inspectie met de ketenpartners heeft afgesproken krijgen in 2016 hun beslag. Hierdoor kunnen de risico's van een aanhoudende of wellicht nog hogere instroom in 2016 beter beheerst worden. De invoering van een verkorte medische intake voor alle asielzoekers in de aankomstcentra ziet de inspectie als een belangrijke verbetering. Kwetsbare groepen onder de asielzoekers zijn op deze manier sneller en beter in beeld bij de medische zorg.

Niet alleen in de nieuwe opvanglocaties moet de medische zorg goed georganiseerd zijn. Ook als statushouders uitstromen naar gemeenten moet voldoende medische zorg beschikbaar en toegankelijk zijn en moet de jeugdgezondheidszorg de asielzoekerskinderen in beeld hebben en bereiken. De uitdaging is om statushouders de weg te wijzen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De medische zorg aan asielzoekers kwam in 2015 sterk onder druk te staan door de grote instroom van asielzoekers. De grootste risico's die hierdoor ontstonden zijn beperkt gebleven door gezamenlijke inspanningen van de ketenpartners: Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A), GGD GHOR Nederland, Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en Menzis COA Administratie (MCA). Dit concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna inspectie) op basis van haar onderzoek in 2015 naar de medische zorg aan asielzoekers in nieuwe opvanglocaties.

In 2015 kwamen circa 58.880 asielzoekers naar Nederland. Dit is meer dan een verdubbeling ten opzichte van 2014. Het COA breidde het aantal (nood) opvang-locaties voor asielzoekers uit van 40 naar ongeveer 100. Door deze snelle uitbreiding ontstaan risico's in de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de medische zorg aan asielzoekers. Daarom deed de inspectie in 2015 onderzoek naar de medische zorg aan asielzoekers op nieuwe opvanglocaties.
De inspectie onderzocht of de ketenpartners voldeden aan de normen, of zij de grootste risico's in beeld hadden en maatregelen namen om deze risico's te beperken. De inspectie bracht van mei tot en met november 2015 tien toezicht-bezoeken aan (nood)opvanglocaties en sprak tijdens deze bezoeken met asiel-zoekers en met medewerkers van het COA, GC A, GGD'en en JGZ.

Ondanks grote inzet en betrokkenheid van de medewerkers op de nieuwe opvang-locaties voldeden de ketenpartners niet aan alle normen voor de medische zorg aan asielzoekers. Door de hoge instroom kregen veel asielzoekers na aankomst in Nederland geen medische intake bij het GC A en verslechterde de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn. Door achterstand in de registratie en identificatie van in Nederland binnengekomen asielzoekers vond de tbc-screening niet tijdig plaats. Ook startte de JGZ niet bij alle kinderen tijdig met het Rijksvaccinatieprogramma.
Positief was dat GC A op elke nieuwe opvanglocatie een huisartsenteam had georganiseerd en MCA de overige eerstelijnszorg (zoals apothekers, tandartsen, verloskundigen) had geregeld.
Op basis van landelijke monitorinformatie signaleerden de ketenpartners tijdig risico's die ontstonden door de grote instroom. Zij namen gezamenlijk maatregelen om deze risico's in alle opvanglocaties te verkleinen. Op enkele punten was de landelijke monitoring onvoldoende. Dit betrof de vervolgscreening op tbc, het bereik van de JGZ en de uitvoering van de niet-medische gidsfunctie door het COA.
Tijdens het onderzoek signaleerde de inspectie dat normen ontbraken voor de technische hygiënezorg inspecties door de GGD'en en voor de samenwerking tussen de ketenpartners op de nieuwe opvanglocaties. Voor beide onderwerpen maakte de inspectie afspraken met de ketenpartners over het ontwikkelen van normen.

Verbetering vindt de inspectie nodig in de voorlichting aan asielzoekers over de Nederlandse gezondheidszorg en in de landelijke monitoring van gezondheids-klachten bij asielzoekers in de opvanglocaties.
Gedurende het toezichtonderzoek koppelde de inspectie de resultaten van de toezichtbezoeken snel terug naar de ketenpartners op de opvanglocaties en op landelijk niveau. Waar nodig trad de inspectie handhavend op.
De inspectie blijft ook in 2016 toezien op de medische zorg aan asielzoekers.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Aanleiding
Al decennia lang komen vluchtelingen naar Nederland voor onderdak en bescherming. Het aantal vluchtelingen dat in Nederland asiel aanvraagt fluctueert. De schommelingen zijn het gevolg van situaties elders in de wereld.
De instroom bereikte halverwege de jaren negentig een piek met ruim 50.000 asielaanvragen per jaar (CBS, 2015). Sindsdien schommelde het aantal asielzoekers[a] jaarlijks tussen de 10.000 en 15.000.
In 2014 liep de instroom van asielzoekers in Nederland weer op tot bijna 25.000. Door de hoge instroom was in de reguliere opvanglocaties voor asielzoekers niet voldoende plaats. Daarom zijn meer opvangplaatsen gecreëerd. Deze opvangplaatsen zijn gerealiseerd door in snel tempo voormalige opvanglocaties te heropenen, bestaande opvanglocaties uit te breiden en nieuwe opvanglocaties te openen, bijvoorbeeld in leegstaande gevangenissen of verzorgingshuizen.
In 2015 kwamen circa 58.880 asielzoekers naar Nederland (COA, 2016). Dit is meer dan een verdubbeling ten opzichte van 2014. Ongeveer de helft van de asielzoekers komt uit Syrië. Andere grote groepen asielzoekers zijn afkomstig uit Eritrea, Afghanistan en Irak.

De organisaties (verder genoemd: ketenpartners) betrokken bij de opvang en medische zorg aan asielzoekers in de reguliere en noodopvanglocaties zijn:
- Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA);
- Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A);
- Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), op landelijk niveau vertegenwoordigd door GGD GHOR Nederland;
- Menzis COA Administratie (MCA).

Door de verhoogde instroom van asielzoekers moeten de ketenpartners alle zeilen bijzetten om de opvang en medische zorg voor deze groep mensen te organiseren. Voor een toelichting op de organisatie van de medische zorg aan asielzoekers en de rol van de betrokken ketenpartners, zie bijlage 2.

De inspectie bracht in 2014 toezichtbezoeken aan vier nieuwe opvanglocaties. Doel hiervan was een indruk te krijgen van de wijze waarop de medische zorg daar geregeld was. De inspectie was overwegend positief, maar concludeerde ook dat bij het snel uitbreiden van het aantal opvangplaatsen risico's ontstaan in de medische zorg aan asielzoekers[b]. Deze risico's hadden betrekking op een aantal thema's (tabel 1). De aanhoudende hoge instroom van asielzoekers was aanleiding voor de inspectie om in 2015 opnieuw onderzoek te doen naar de grootste risico's in de medische zorg aan asielzoekers.

---

a Een asielzoeker is iemand die asiel aanvraagt in Nederland.
b Inspectie positief over medische zorg in vier nieuwe opvanglocaties voor asielzoekers, maar snelle uitbreiding van de opvang van asielzoekers leidt tot risico's in de medische zorg, IGZ 2014.

Tabel 1
Gesignaleerde risico's in 2014 en thema's

Risico's	**Thema's**
Asielzoekers weten niet hoe zij de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp kunnen bereiken	Niet-medische gidsfunctie (COA)
De huisartsenzorg buiten de spreekuren van de opvanglocatie en tijdens de avond, nacht en weekend (ANW) is suboptimaal Geen afstemming zorg/behandeling met andere eerstelijns disciplines	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg (GC A) en andere eerstelijnszorg (MCA)
Asielzoekers met medische klachten krijgen niet of niet tijdig een medische intake	Medische intake (GC A)
Onvoldoende bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn	Bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn
Uitbraken van tbc en andere infectieziekten	Publieke gezondheidszorg (GGD/JGZ)

Belang
De inspectie zet haar toezichtcapaciteit proactief in, gericht op de grootste risico's in de zorg[c]. Zo kan zij bijdragen aan het verkleinen van deze risico's. Hierbij staat de asielzoeker centraal; die moet tijdig verantwoorde zorg krijgen.
Doel van het onderzoek in 2015 is om de naleving van de normen voor de medische zorg aan asielzoekers te bevorderen. De risico's die de inspectie in 2014 signaleerde staan daarbij centraal.
De inspectie ziet erop toe dat de grootste risico's in beeld zijn bij de ketenpartners en dat zij maatregelen nemen om deze risico's zoveel mogelijk te beperken. Zo wordt de kans op incidenten, calamiteiten en uitbraken van infectieziekten zo klein mogelijk gehouden.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag
In hoeverre voldoen de ketenpartners (COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA) aan de normen voor de medische zorg aan asielzoekers?

Deelvragen
1. In hoeverre voldoen de ketenpartners in nieuwe opvanglocaties aan de normen voor medische zorg aan asielzoekers?
2a. In hoeverre zijn de gesignaleerde risico's in de medische zorg aan asielzoekers in beeld bij de ketenpartners op landelijk niveau?
2b. In hoeverre nemen de ketenpartners op landelijk niveau maatregelen om de gesignaleerde risico's te minimaliseren?

1.3 Onderzoeksmethode, -periode en selectie

De inspectie hanteerde in 2015 bij haar toezicht op de medische zorg aan asielzoekers een andere werkwijze dan gebruikelijk vanwege de dynamiek in de instroom en opvang van asielzoekers.

c Gezond vertrouwen, Meerjarenbeleidsplan 2016-2019, IGZ 2016.

Deze werkwijze bestond uit:
a. inspectiebezoeken aan nieuwe opvanglocaties;
b. analyse en locatierapportages;
c. opvragen van landelijke monitorinformatie;
d. periodieke bijeenkomsten met ketenpartners op landelijk niveau.

De nadruk lag op de interactie tussen de inspectie en de ketenpartners op landelijk niveau (COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA). Het is de verantwoordelijkheid van de ketenpartners om de grootste risico's tijdig te signaleren, te monitoren en zo nodig (gezamenlijk) maatregelen te nemen om risico's te verkleinen.
De inspectie verwacht dat de bevindingen uit de inspectiebezoeken in combinatie met de landelijke monitorinformatie en de informatie van de ketenpartners tijdens de periodieke bijeenkomsten een goed beeld opleveren van de kwaliteit van de medische zorg aan asielzoekers in 2015.

a. Inspectiebezoeken
Van mei tot en met november 2015 bracht de inspectie tien toezichtbezoeken aan opvanglocaties voor asielzoekers. De inspectie bezocht eerst een centrale ontvangstlocatie (col) en twee proces opvanglocaties (pol's) om een beeld te krijgen van het begin van de opvangketen. Vervolgens werden zeven nieuwe opvanglocaties bezocht, waaronder drie noodopvanglocaties. De inspectie selecteerde deze opvanglocaties uit overzichten van het COA met alle nieuw geopende opvanglocaties. De inspectie bezocht nieuwe opvanglocaties, die op het moment van het inspectiebezoek ten minste zes weken en maximaal drie maanden geopend waren. Deze keuze was ingegeven door twee overwegingen:
- de inspectie verwacht dat de risico's in de medische zorg in de eerste periode na opening van de opvanglocatie het grootst zijn;
- de inspectie geeft de ketenpartners de gelegenheid (ongeveer zes weken) om de medische zorg in te regelen op een nieuwe opvanglocatie.

De keuze voor de te bezoeken opvanglocaties stemde de inspectie af met de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie Veiligheid en Justitie.
Voor een overzicht van de bezochte opvanglocaties, zie bijlage 3.

Tijdens de tien bezoeken toetste de inspectie of de ketenpartners voldeden aan de normen voor medische zorg aan asielzoekers. Hierbij maakte de inspectie gebruik van een toetsingskader en een semigestructureerde vragenlijst.
Tijdens elk toezichtbezoek sprak de inspectie met een aantal asielzoekers over hun ervaringen met de medische zorg op de opvanglocatie. Ook sprak de inspectie met medewerkers van het COA, GC A, de GGD en de JGZ (als er kinderen op de opvanglocatie verbleven). Op een aantal opvanglocaties werden ook medewerkers van Vluchtelingenwerk Nederland (VWN) gesproken. Zij hebben tijdens hun spreekuren op de opvanglocaties contact met asielzoekers. Mogelijk krijgen zij via asielzoekers signalen over de medische zorg op de opvanglocatie die voor de inspectie relevant zijn. Ook een rondleiding over de opvanglocatie, verzorgd door een medewerker van het COA, was onderdeel van elk toezichtbezoek.

b. Analyse en rapportage
Na elk bezoek stelde de inspectie een concept locatierapport op. Hierin beschreef de inspectie de bevindingen en in hoeverre de betrokken ketenpartners voldeden aan de gestelde normen. De mate waarin dit het geval was, werd uitgedrukt in drie scores: 'conform de norm', 'deels conform de norm' of 'niet conform de norm'.
De bevindingen zijn voorgelegd aan de gesprekspartners van de opvanglocatie en zij kregen twee weken de gelegenheid eventuele feitelijke onjuistheden aan te geven.
De bevindingen zijn naar aanleiding van deze reacties op een aantal punten aangepast. Daarna ontvingen de gesprekspartners een definitief locatierapport met

daarin naast de gecorrigeerde bevindingen en de conclusies en eventuele maatregelen of aanbevelingen van de inspectie. Deze locatierapporten zijn tegelijkertijd met dit rapport openbaar gemaakt via www.igz.nl.

c. Opvragen landelijke monitorinformatie
Op verzoek van de inspectie leverden de ketenpartners periodiek landelijke monitorinformatie aan die betrekking had op de in 2014 gesignaleerde risico's. Om de administratieve lasten voor de ketenpartners niet te vergroten vroeg de inspectie alleen monitorinformatie op die al bij de ketenpartners aanwezig was.

d. Periodieke bijeenkomsten met ketenpartners op landelijk niveau
In 2015 organiseerde de inspectie vier bijeenkomsten met de ketenpartners op landelijk niveau. Ter voorbereiding van deze bijeenkomsten ontvingen de ketenpartners de locatierapporten van de drie of vier meest recente inspectiebezoeken. Tijdens de bijeenkomsten besprak de inspectie met de ketenpartners:
- de bevindingen, conclusies en maatregelen/aanbevelingen naar aanleiding van de inspectiebezoeken;
- de landelijke monitorinformatie van de ketenpartners;
- de acties die door de ketenpartners waren genomen of genomen zouden moeten worden naar aanleiding van de toezichtbezoeken en de monitorinformatie.

Afbakening
- In het najaar van 2015 stelden veel gemeenten op verzoek van het COA crisisnoodopvang (CNO) beschikbaar, in verband met het tekort aan opvangplaatsen in de COA-opvanglocaties. Deze gemeentelijke CNO's waren tijdelijk van aard en heeft de inspectie daarom in dit toezichtonderzoek niet meegenomen. Begin 2016 is de laatste gemeentelijke CNO gesloten.
- In dit onderzoek keek de inspectie naar de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de medische zorg aan asielzoekers. De invloed van de leefomstandigheden op de opvanglocaties op de gezondheid van asielzoekers heeft de inspectie niet onderzocht.

1.4 Toetsingskader en handhaving

Toetsingskader
Om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen over de medische zorg aan asielzoekers stelde de inspectie een toetsingskader op (bijlage 4). Dit toetsingskader is gebaseerd op wet- en regelgeving, veldnormen en richtlijnen.
Het toetsingskader richt zich op de grootste, in 2014 gesignaleerde, risico's in de medische zorg aan asielzoekers.

Handhaving
Tot 1 januari 2016 vormde de Kwaliteitswet Zorginstellingen het kader voor het toezicht op GC A, de GGD'en en JGZ-organisaties. Vanaf 2016 is de wettelijke basis voor het toezicht de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz).
Als tijdens een inspectiebezoek bleek dat GC A of een GGD niet aan de normen voldeed en dit naar het oordeel van de inspectie tot risico's in de medische zorg leidde, legde de inspectie een maatregel op. Deze maatregel moest binnen een afgesproken termijn uitgevoerd worden. De inspectie zag toe op de uitvoering.
In enkele gevallen legde de inspectie geen maatregelen op, maar beperkte zij zich tot aanbevelingen. Het opleggen van maatregelen achtte de inspectie hier niet zinvol omdat deze opvanglocaties binnen drie maanden zouden sluiten.
Het COA valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Veiligheid en Justitie. De Inspectie Veiligheid en Justitie houdt toezicht op het COA.

De IGZ doet in dit toezichtonderzoek wel aanbevelingen aan het COA vanwege de belangrijke rol van het COA in de voorlichting over en de toegeleiding naar de medische zorg, de zogeheten 'niet-medische gidsfunctie'.

1.5 Opbouw rapport

Het rapport begint met de conclusies van de inspectie en het oordeel over de risico's in de medische zorg aan asielzoekers ten gevolge van de uitbreiding van het aantal opvangplaatsen (hoofdstuk twee). In hoofdstuk drie (handhaving) leest u welke maatregelen de inspectie heeft opgelegd, welke aanbevelingen zij heeft gedaan om de medische zorg aan asielzoekers te verbeteren en welke acties de ketenpartners hebben ondernomen. In hoofdstuk 4 volgen de resultaten van de inspectiebezoeken aan de nieuwe opvanglocaties en de landelijke monitorinformatie van de keten-partners.

2 Conclusies

2.1 Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's

Hoofdvraag:
In hoeverre voldoen de ketenpartners (COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA) aan de normen voor medische zorg aan asielzoekers?

De inspectie constateert dat de medische zorg aan asielzoekers sterk onder druk is komen te staan door de grote instroom van asielzoekers. Het COA breidde het aantal opvanglocaties voor asielzoekers uit van 40 (eind 2014) naar ongeveer 100 (nood)opvanglocaties (eind 2015). Driekwart van de nieuwe instroom vond plaats in de tweede helft van 2015.
De inspectie is onder de indruk van de inspanningen die de ketenpartners COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA in 2015 leverden om aan alle in Nederland binnengekomen asielzoekers opvang en medische zorg te bieden.

Het COA, GC A en de GGD'en voldeden niet aan alle normen voor de medische zorg aan asielzoekers. Gezien de uitzonderlijke situatie is dit voor de inspectie niet onverwacht.
De inspectie concludeert dat de ketenpartners op basis van de beschikbare landelijke monitorinformatie de grootste risico's die zijn ontstaan door de grote instroom tijdig hebben gesignaleerd. Vervolgens hebben zij gezamenlijk maatregelen genomen om deze risico's te verkleinen.
De inspectie verwacht dat hierdoor de risico's voor asielzoekers beperkt blijven, maar vraagt extra aandacht voor monitoring hiervan. De monitoring van het bereik bij de vervolgscreening op tbc, het bereik van de JGZ en de uitvoering van de niet-medische gidsfunctie op landelijk niveau zijn onvoldoende.

2.2 Nieuwe opvanglocaties voldoen deels aan normen, niet tijdig uitvoeren van medische intake is risicovol

Deelvraag 1:
In hoeverre voldoen de ketenpartners in nieuwe opvanglocaties aan de normen voor medische zorg aan asielzoekers?

De inspectie concludeert dat de ketenpartners op de nieuwe opvanglocaties met grote inzet en flexibiliteit, in zeer korte tijd de medische zorg voor asielzoekers hebben georganiseerd. Ondanks deze inspanningen voldeden zij niet aan alle normen voor medische zorg aan asielzoekers.
Géén van de GC A-teams voldeed aan alle normen voor de medische intake. GC A bood op nieuwe opvanglocaties niet aan alle asielzoekers een medische intake aan, vanwege de hoge instroom van asielzoekers en daarmee de druk op de huisartsenzorg. Asielzoekers van wie bekend was dat zij medische problemen hadden of tot een risicogroep behoorden (bijvoorbeeld ouderen) kregen veelal wel een medische intake aangeboden. De inspectie vindt het een risico dat asielzoekers van wie niet bekend is dat zij medische problemen hebben, geen medische intake wordt aangeboden en hierdoor mogelijk niet tijdig medische zorg krijgen.

Positief was dat op elke nieuwe opvanglocatie, nog vóórdat de asielzoekers arriveerden, een GC A-team voor de huisartsenzorg georganiseerd was. De huisartsenzorg was 24/7 beschikbaar. Ook had MCA voor alle nieuwe opvanglocaties de overige eerstelijnszorg (zoals apothekers, tandartsen, verloskundigen) gecontracteerd.

De bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn voor reguliere zorgvragen verslechterde in de tweede helft van 2015. Door de grote instroom van asielzoekers nam de belasting van de GC A Praktlijklijn toe. Tijdens de inspectiebezoeken kreeg de inspectie van zowel asielzoekers als van medewerkers op de opvanglocaties signalen over de slechte bereikbaarheid voor reguliere zorgvragen.
Voor spoedvragen bleef de GC A Praktijklijn wel goed bereikbaar.

De GGD'en leverden extra inspanningen op het gebied van tbc-screening, infectieziektenbestrijding en JGZ.
In de tweede helft van 2015 vond de tbc-screening bij nieuwe asielzoekers niet tijdig plaats. Dit kwam door een forse achterstand in de registratie en identificatie van asielzoekers bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND). Registratie en identificatie zijn noodzakelijk voor de tbc-screening, omdat de uitslag van de screening in het persoonlijk dossier van de asielzoeker opgenomen moet worden. Zo kunnen personen met een positieve uitslag van de tbc-screening getraceerd en behandeld worden. Inmiddels is de registratie en identificatie weer op orde waardoor de eerste tbc-screening bij nieuwe asielzoekers tijdig plaatsvindt.
De JGZ had asielzoekerskinderen niet altijd tijdig in beeld. In de tweede helft van 2015 werd door de verhoogde instroom niet bij alle asielzoekerskinderen tot 18 maanden tijdig gestart met uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).
De inspectie constateerde voor de technische hygiënezorg (THZ) dat er geen afspraken waren over de termijn waarbinnen de GGD een THZ-inspectie op een nieuwe (nood)opvanglocatie moest uitvoeren. Doordat een duidelijk norm ontbrak, kon de inspectie hier niet op toetsen.

De inspectie concludeert dat het COA nieuwe asielzoekers beknopt informeerde over de wijze waarop zij de huisartsenzorg en de spoedeisende zorg konden bereiken en daarmee aan de norm voldeed.

Uit de gesprekken van de inspectie met asielzoekers bleek dat bij een deel van de asielzoekers onduidelijkheid en onvrede was over de medische zorg. De gezondheidszorg in het land van herkomst is anders georganiseerd dan in Nederland. Hierdoor hebben asielzoekers vaak andere verwachtingen van de zorg in Nederland. Dit leidt tot onbegrip. De inspectie concludeert dat de ketenpartners onvoldoende algemene voorlichting gaven over de gezondheidszorg in Nederland.

2.3 Niet alle risico's bij uitbreiding aantal opvangplaatsen voldoende in beeld bij de ketenpartners

Deelvraag 2a:
In hoeverre zijn de gesignaleerde risico's in de medische zorg aan asielzoekers in beeld bij de ketenpartners op landelijk niveau?

De inspectie concludeert dat niet alle risico's als gevolg van de uitbreiding van het aantal opvangplaatsen voor asielzoekers voldoende in beeld zijn bij de ketenpartners op landelijk niveau (COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA).

Dit geldt voor het bereik van de vervolgscreening op tbc, het bereik van de JGZ en de uitvoering van de niet-medische gidsfunctie. Landelijke monitoring van deze risico's vindt onvoldoende plaats, waardoor de ketenpartners niet in staat zijn om trends te signaleren en zo nodig maatregelen te nemen. Daarnaast ontbreekt landelijke monitorinformatie van gezondheidsklachten bij asielzoekers die in de opvanglocaties verblijven. Deze monitorinformatie is van belang om de zorgverlening hierop aan te kunnen sluiten.

Het COA en GGD GHOR Nederland beschikken wel over actuele landelijke monitorinformatie over het bereik van de eerste tbc-screening bij aankomst van nieuwe asielzoekers. Asielzoekers uit hoogrisicolanden (landen waar tbc relatief vaak voorkomt) worden gedurende twee jaar na aankomst in Nederland nog vier keer door de GGD opgeroepen voor een vervolgscreening. Omdat bij sommige groepen asielzoekers juist bij de vervolgscreening relatief veel tbc-besmettingen worden gevonden, acht de inspectie het het onbreken van landelijke monitorinformatie over het bereik van de vervolgscreening op tbc een risico.
GGD GHOR Nederland heeft wel landelijke monitorinformatie beschikbaar over het tijdig starten van het RVP bij kinderen tot 18 maanden, maar niet over het bereik van de JGZ bij alle asielzoekerskinderen. Ook hierbij vindt de inspectie het ontbreken van monitorinformatie een risico.

Het COA heeft geen landelijke monitorinformatie beschikbaar over de uitvoering van de niet-medische gidsfunctie in de nieuwe opvanglocaties. Het COA registreert niet of informatie over de bereikbaarheid van en de toegang tot de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp is gegeven aan een asielzoeker.

Bij GC A en MCA waren de gesignaleerde risico's op landelijk niveau goed in beeld. GC A kon de inspectie periodiek inzicht geven in de beschikbaarheid van huisartsenzorg op de opvanglocaties. MCA gaf periodiek informatie over de gemaakte afspraken met eerstelijnszorgverleners rond nieuwe opvanglocaties.
Ook had GC A landelijke monitorinformatie over het aantal uitgevoerde en nog uit te voeren medische intakes en over de bereikbaarheid van de GC A Prakijklijn bij spoed- en bij reguliere oproepen.

Tijdens de inspectiebezoeken signaleerde de inspectie dat de samenwerking tussen het COA en GC A op nieuwe opvanglocaties wisselend werd ervaren door de gesprekspartners.
Bij onvoldoende samenwerking tussen ketenpartners ontstaan risico's in de toegeleiding naar en het aanbieden van medische zorg aan asielzoekers.
Onduidelijk was echter wat concreet verwacht mag worden van de samenwerking en welke investeringen hiervoor nodig zijn in de nieuwe opvanglocaties. Om hier op toe te kunnen zien, moeten hierover afspraken gemaakt worden.

2.4 Ketenpartners nemen maatregelen om risico's te beperken

Deelvraag 2b:
In hoeverre nemen de ketenpartners op landelijk niveau maatregelen om de gesignaleerde risico's te minimaliseren?

De inspectie concludeert dat de ketenpartners op landelijk niveau (COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA) in 2015 op basis van hun monitorinformatie de grootste risico's hebben gesignaleerd. Zij hebben gezamenlijk maatregelen genomen om die risico's te beperken. Deze maatregelen hebben betrekking op de medische intake,

de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn, het bereik van de tbc-(vervolg)screening en de JGZ.
De inspectie verwacht dat door deze maatregelen de risico's voor asielzoekers beperkt blijven, maar vraagt extra aandacht voor monitoring hiervan. Een overzicht van de reeds genomen maatregelen en nog te nemen maatregelen staat in hoofdstuk 3, paragaaf 3.4: Vervolgacties.

3 Handhaving

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een overzicht van alle maatregelen die de inspectie in 2015 heeft opgelegd (paragraaf 3.2.) en de aanbevelingen die de inspectie heeft gedaan (paragraaf 3.3.) naar aanleiding van de inspectiebezoeken aan nieuwe opvang-locaties. Ook is weergegeven welke vervolgacties de inspectie heeft afgesproken met de ketenpartners op landelijk niveau (paragraaf 3.4.).
Tijdens de periodieke overleggen van de inspectie met de ketenpartners maakte de inspectie afspraken over de uitvoering van de maatregelen en de aanbevelingen. Inherent aan de werkwijze in dit toezichtonderzoek, is dat in dit rapport geen nieuwe maatregelen worden opgelegd. Wel doet de inspectie enkele aanbevelingen.

3.2 Maatregelen

De inspectie legde voor zeven opvanglocaties de volgende maatregelen op aan de manager van GC A:

- zorg dat de normen voor de medische intake worden nageleefd;
- toets dit door middel van een interne audit;
- informeer de inspectie binnen drie maanden over de resultaten van de interne audit.

Deze maatregelen zijn inmiddels uitgevoerd door GC A of zijn nog in uitvoering. De inspectie ontvangt de resultaten van de interne audits en beoordeelt of aan de norm wordt voldaan. Indien dit niet het geval is neemt de inspectie vervolgmaatregelen.

Hoewel GC A op twee noodopvanglocaties niet voldeed aan de normen voor de medische intake, legde de inspectie hier geen maatregelen op. Omdat deze noodopvanglocaties kort na het inspectiebezoek werden gesloten, deed de inspectie alleen een aanbeveling om te voldoen aan de normen voor de medische intake.

De inspectie legde aan één GGD de volgende maatregel op:

- zorg dat de JGZ bij alle kinderen van asielzoekers in de leeftijd tot 18 maanden binnen drie maanden na aankomst in Nederland start met het RVP;
- informeer de inspectie over de wijze waarop de GGD naleving van deze norm heeft geborgd in haar werkwijze.

De inspectie ontvangt een rapportage van de GGD en beoordeelt of aan de norm wordt voldaan. Indien dit niet het geval is neemt de inspectie vervolgmaatregelen.

3.3 Aanbevelingen

3.3.1 Aanbevelingen aan bezochte opvanglocaties

De inspectie deed voor vijf opvanglocaties de aanbeveling aan het COA en GC A om te investeren in de onderlinge samenwerking.
De inspectie deed voor twee tijdelijke noodopvanglocaties de aanbeveling aan het COA om de COA-medewerkers te instrueren en te trainen in het uitvoeren van de niet-medische gidsfunctie.

3.3.2 Aanbevelingen aan ketenpartners op landelijk niveau

De inspectie doet twee aanbevelingen aan de ketenpartners op landelijk niveau:

- *Verbeter de landelijke monitoring van gezondheidsklachten bij asielzoekers*

De inspectie adviseert om de landelijke monitoring van gezondheidsklachten bij asielzoekers die in de opvanglocaties verblijven, te verbeteren. Deze monitor-

informatie op populatieniveau is van belang om de zorgverlening hierop aan te kunnen sluiten.

- *Verbeter de voorlichting aan asielzoekers over de Nederlandse gezondheidszorg*

De inspectie adviseert om de voorlichting aan asielzoekers over de Nederlandse gezondheidszorg te verbeteren. Hiervoor ligt volgens de inspectie een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de ketenpartners.

3.4 Vervolgacties

3.4.1 Vervolgacties ketenpartners

De inspectie heeft de volgende acties afgesproken met de ketenpartners:

- *Voer een verkorte medische intake in op de aankomstlocaties*

Uit de landelijke monitorinformatie van GC A en uit de inspectiebezoeken bleek dat de medische intake in 2015 niet of niet tijdig werd aangeboden aan nieuwe asielzoekers. Hierdoor liep de achterstand in de uitvoering van medische intakes iedere maand verder op. Het risico is dat nieuwe asielzoekers met medische problemen niet tijdig in beeld zijn bij GC A en daardoor te laat medische zorg ontvangen. De huidige werkwijze met betrekking tot de medische intake volstaat niet bij de grote aantallen asielzoekers die Nederland instromen. Een aanpassing in de werkwijze is nodig om alle nieuwe asielzoekers een medische intake te kunnen geven en de huidige achterstand in te halen.
GC A heeft een nieuwe werkwijze ontwikkeld en start in het eerste kwartaal van 2016 met de invoering van een verkorte medische intake. Deze verkorte medische intake wordt ingevoerd in de drie col's (Veenhuizen, Ter Apel en Budel) voor alle nieuwe asielzoekers.

- *Haal de achterstand in de medische intakes in*

Om de achterstand in de uitvoering van de medische intakes zoveel mogelijk in te lopen neemt GC A maatregelen, zoals de inzet van extra medewerkers. GC A geeft hierbij prioriteit aan asielzoekers die korter dan een jaar op de opvanglocatie verblijven.
Asielzoekers die al langer dan een jaar op een opvanglocatie zijn, worden niet meer uitgenodigd voor een medische intake. Als deze asielzoekers op het spreekuur komen inventariseert GC A breder eventuele andere gezondheidsproblemen, naast de klacht die de asielzoeker op dat moment presenteert.

- *Verbeter de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn*

Uit de landelijke monitorinformatie van GC A en uit de inspectiebezoeken bleek dat de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn voor reguliere zorgvragen verslechterde door de grote instroom van asielzoekers. Het risico hiervan is dat asielzoekers met medische problemen buiten de spreekuurtijden op de opvanglocaties geen of niet tijdig medische zorg ontvangen. Om de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn voor reguliere zorgvragen te verbeteren past GC A haar werkprocessen aan. De *front-Office* van de GC A Praktijklijn wordt ontlast door een deel van de vragen (het maken van afspraken voor bijvoorbeeld de tandarts) die binnenkomen op dit nummer anders te organiseren. Hiermee neemt de bereikbaarheid toe voor asielzoekers met medische vragen. Waar mogelijk worden niet-medische vragen op de *BackOffice* anders doorgeleid of op de opvanglocatie afgehandeld. Voor spoedvragen was de GC A Praktijklijn wel goed bereikbaar en zijn geen maatregelen nodig.

- *Verbeter het bereik van de eerste tbc-screening en monitor het bereik van de vervolgscreening*

Uit de landelijke monitorinformatie van COA en GGD GHOR Nederland bleek dat de initiële screening op tbc in de tweede helft van 2015 niet bij alle in Nederland binnengekomen asielzoekers tijdig (dat wil zeggen binnen één week na aankomst in Nederland) uitgevoerd werd. Dit was onder andere een gevolg van een achterstand in de registratie en identificatie bij de IND. Op aangeven van COA en GGD GHOR Nederland en op advies van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft de Minister van VWS besloten om de screening op tbc bij Syriërs op te schorten. Onderzoek heeft uitgewezen dat de incidentie van tbc bij Syriërs laag is (<50 op 100.000 gescreende personen). De Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT), verantwoordelijk voor het beleid en de richtlijnen voor de Nederlandse tuberculose bestrijding, stelde dat de screening van asielzoekers uit hoogrisicolanden prioriteit moest krijgen. Eind 2015 liep de screening bij binnen-komst in Nederland bij hoogrisicogroepen weer goed en was de achterstand ingelopen.
Bij de vervolgscreening op tbc ontbreekt monitorinformatie. GGD GHOR Nederland gaat deze monitorinformatie verzamelen, zodat inzicht komt in het bereik van de vervolgscreening op tbc.

- *Verbeter het bereik van de jeugdgezondheidszorg*

Asielzoekerskinderen in de reguliere opvanglocaties krijgen Jeugdgezondheidszorg (JGZ) aangeboden. Vanwege de stagnerende doorstroom in de asielprocedure in 2015 verbleven kinderen soms maanden in (pré-)pol's waar geen JGZ werd geboden. Het risico is dat bij deze kinderen eventuele problemen in de lichamelijke, sociale of psychische ontwikkeling niet tijdig gesignaleerd en behandeld worden. Daarom bieden GGD'en en JGZ-organisaties sinds begin oktober 2015 in de (pré) pol-locaties een beperkt pakket JGZ aan. Vanaf 2016 is dit uitgebreid naar het volledige JGZ-pakket (alle contactmomenten) voor kinderen van 0–4 jaar.
De inspectie heeft het COA en GGD GHOR Nederland verzocht het volledige JGZ-pakket aan te bieden aan kinderen van 0-19 jaar en er zorg voor te dragen dat alle kinderen binnen zes weken worden gezien door de JGZ, ongeacht de opvanglocatie waar zij verblijven. COA en GGD GHOR Nederland hebben dit toegezegd.

- *Stel een norm vast voor de technische hygiënezorg inspecties in nieuwe (nood)opvanglocaties*

De GGD voert bij reguliere opvanglocaties jaarlijks een technische hygiënezorg (THZ) inspectie uit. Er waren geen afspraken over THZ-inspecties op nieuwe (nood)opvanglocaties. GGD GHOR Nederland heeft in het eerste kwartaal van 2016 een norm vastgesteld voor de termijn waarbinnen de GGD een THZ-inspectie moet uitvoeren op een nieuwe (nood)opvanglocatie. Implementatie van deze norm door GGD'en vindt plaats vóór 1 juli 2016.
Naar aanleiding van de conclusie van de Nationale ombudsman en het College voor de Rechten van de Mens dat het verblijf in een grote noodopvanglocatie tot gezondheidsrisico's leidt, verzoekt de inspectie GGD GHOR Nederland om na te gaan of de THZ-inspecties verbreed kunnen worden. Bij een THZ-inspectie zou niet alleen gekeken moeten worden naar de risico's op verspreiding van infectieziekten, maar ook naar gezondheidsrisico's in het algemeen, gerelateerd aan het verblijf in de opvanglocatie.

- *Stel vast waaraan samenwerking tussen COA en GC A moet voldoen*

Goede samenwerking tussen tussen COA en GC A is van groot belang. Op dit moment is echter onvoldoende duidelijk wat er concreet verwacht mag worden van deze samenwerking. Ook is onduidelijk welke inversteringen nodig zijn in de nieuwe opvanglocaties om tot een goede samenwerking te komen.

Het COA en GC A hebben in het eerste kwartaal van 2016 vastgesteld waar de samenwerking tussen beide organisaties op nieuwe opvanglocaties aan moet voldoen.

3.4.2 Vervolgacties inspectie

De inspectie en de ketenpartners hebben afgesproken de opzet en werkwijze van het toezichtonderzoek in 2015 voort te zetten in de eerste helft van 2016.
Dat betekent dat de inspectie in het eerste en in het tweede kwartaal opnieuw toezichtbezoeken brengt aan nieuwe opvanglocaties voor asielzoekers. De thema's 'technische hygiënezorg' en 'samenwerking' voegt de inspectie toe aan het toetsingskader en haar bezoekinstrument.
De inspectie koppelt de resultaten van de toezichtbezoeken snel terug naar de bezochte opvanglocaties, vraagt monitorinformatie op bij de ketenpartners en bespreekt de monitorinformatie en de locatierapporten elke drie maanden met de ketenpartners op landelijk niveau.

4 Resultaten

4.1 Niet-medische gidsfunctie

Risico's en normen
Het risico dat de inspectie in 2014 signaleerde was dat asielzoekers niet weten hoe zij de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp kunnen bereiken.
Het COA heeft onder andere de niet-medische gidsfunctie als taak. Onderdeel hiervan is dat COA-medewerkers nieuwe asielzoekers op de opvanglocatie voorlichting geven over de toegang tot en de bereikbaarheid van de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp.

Resultaten inspectiebezoeken
Op zeven van de tien bezochte opvanglocaties voldeed het COA aan de normen voor het geven van mondelinge en schriftelijke voorlichting aan asielzoekers bij aankomst op de opvanglocatie. In de regel was de verstrekte informatie beknopt, maar voldoende voor asielzoekers om te weten hoe zij de huisartsenzorg en de spoedeisende zorg konden bereiken.
Op twee opvanglocaties voldeed het COA deels aan deze normen, omdat het COA maar zeer beperkt informatie gaf. Op één opvanglocatie voldeed het COA niet aan de normen. De COA-medewerkers gaven te weinig informatie aan nieuwe asielzoekers en waren onvoldoende bekend met wat er in het kader van de niet-medische gidsfunctie van hen werd verwacht. Uit de gesprekken met asielzoekers op deze opvanglocatie bleek dat zij niet goed waren geïnformeerd over de toegang tot en de bereikbaarheid van de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp. Dit leidde ertoe dat asielzoekers veel vragen hadden over de medische zorg. Ook GC A gaf aan dat er op deze opvanglocatie veel onduidelijkheid bestond bij de asielzoekers ten aanzien van de medische zorg.

Resultaten monitorinformatie
Het COA beschikte niet over landelijke monitorinformatie over de uitvoering van de niet-medische gidsfunctie op de opvanglocaties.

Resultaten acties ketenpartners
De inspectie adviseerde de COA-locatiemanagers op de opvanglocaties die niet of deels voldeden aan de normen om de COA-medewerkers te instrueren en te trainen in het uitvoeren van de niet-medische gidsfunctie. Het COA gaf tijdens het overleg van de inspectie met de ketenpartners aan deze aanbeveling op te zullen volgen.

4.2 Beschikbaarheid en bereikbaarheid huisartsenzorg en andere eerstelijnszorg

Risico's en normen
Het risico dat de inspectie in 2014 signaleerde was dat vanwege de snelle uitbreiding van het aantal opvangplaatsen, de huisartsenzorg niet 24 uur per dag 7 dagen per week bereikbaar en beschikbaar was voor asielzoekers. Een ander risico was dat er geen afstemming van de zorg of behandeling was tussen GC A en andere eerstelijnsdisciplines.
GC A is verantwoordelijk voor het realiseren van de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg op elke opvanglocatie. MCA is verantwoordelijk voor het contracteren van andere eerstelijnsdisciplines bij een nieuwe opvanglocatie en het maken van afspraken over vervoer van asielzoekers naar deze voorzieningen.

Resultaten inspectiebezoeken
Op alle tien bezochte opvanglocaties was de huisartsenzorg conform de norm 24/7 bereikbaar en beschikbaar. Op elke opvanglocatie werden meerdere malen per week inloopspreekuren gehouden door de praktijkverpleegkundigen en de doktersassistenten. Verder hielden de praktijkverpleegkundigen en de huisartsen spreekuren op afspraak. Buiten de spreekuren konden asielzoekers de GC A Praktijklijn bellen en indien nodig was een spoedconsult of visite mogelijk. Tijdens avond, nacht en weekend (ANW) werden asielzoekers via de GC A Praktijklijn verwezen naar de huisartsenpost (HAP) of doktersdienst.
In vijf van de tien opvanglocaties was de gecontracteerde huisarts werkzaam in de regio van de opvanglocatie. Bij de andere vijf opvanglocaties had GC A een huisarts gecontracteerd die geen praktijk hield in de betreffende regio van de opvanglocatie. Hier had GC A afspraken gemaakt met een lokale huisarts (achterwacht) die beschikbaar was voor spoedzorg, dan wel om een consult te verrichten of een visite te rijden naar de opvanglocatie. In alle gevallen was de achterwacht van de huisartsenzorg geïnformeerd over de werkwijze van GC A. Deze achterwacht ontving een informatiemap over de medische zorg aan asielzoekers van de contractmanager huisartsen GC A.
Bij alle bezochte opvanglocaties waren afspraken gemaakt tussen GC A en de HAP of doktersdienst die de zorg leverde tijdens ANW. Op één opvanglocatie was de gesprekspartner van GC A niet bekend met de afspraken met de HAP voor ANW-uren, maar bleken deze wel gemaakt te zijn.
MCA had op alle tien de bezochte opvanglocaties een apotheker, verloskundige en fysiotherapeut gecontracteerd en hen telefonisch en schriftelijk geinformeerd over de medische zorg aan asielzoekers. Ook waren afspraken gemaakt over vervoer van de opvanglocatie naar deze zorgvoorzieningen.

Niet alle asielzoekers die de inspectie tijdens de bezoeken sprak waren even tevreden over de huisartsenzorg door GC A. Een deel was zeer te spreken over de huisartsenzorg op de opvanglocatie, anderen waren kritisch. Zo gaven enkele asielzoekers aan dat het inloopspreekuur te kort was voor de aantallen asielzoekers met een zorgvraag. Anderen voelden zich niet serieus genomen door de medewerkers van het GC A.
De gesprekspartners van het GC A gaven allemaal aan dat veel asielzoekers andere verwachtingen hadden van de medische zorg dan van de zorg zoals die daadwerkelijk werd geboden. Dit speelde bijvoorbeeld bij doorverwijzing naar specialisten of het voorschrijven van antibiotica of andere medicatie.

Resultaten monitorinformatie
GC A gaf de inspectie in 2015 elke drie maanden inzicht in de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg op de nieuw geopende opvanglocaties voor asielzoekers. Uit de monitorinformatie van GC A bleek dat bij alle geopende opvanglocaties de huisartsenzorg 24/7 bereikbaar en beschikbaar was.
Bij ongeveer een kwart van de nieuwe opvanglocaties was door GC A een huisarts gecontracteerd die al werkzaam was in de betreffende regio. Bij de andere nieuwe opvanglocaties was een huisarts werkzaam die praktijk hield buiten de regio of geen eigen praktijk had. In deze gevallen had GC A afspraken gemaakt met een lokale huisarts die beschikbaar was voor spoedzorg, om een consult te verrichten dan wel een visite te rijden naar de opvanglocatie.
Uit de monitorinformatie van MCA bleek dat MCA rond alle nieuwe opvanglocaties de overige eerstelijnszorg had gecontracteerd (bijvoorbeeld apothekers, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten) en het vervoer naar deze voorzieningen had geregeld.

Resultaten acties ketenpartners
Ten aanzien van de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg en andere eerstelijnszorg waren geen acties noodzakelijk van de ketenpartners op landelijk niveau.

4.3 Medische intake

Risico's en normen
De inspectie signaleerde in 2014 dat asielzoekers als gevolg van de verhoogde instroom niet of niet tijdig een medische intake krijgen. Het riscio was dat asielzoekers met medische problemen niet in beeld zijn bij GC A waardoor zij niet tijdig medische zorg krijgen.
De taak van het COA in azc's is asielzoekers te informeren over het belang van de medische intake en na te gaan of zij een afspraak hebben gemaakt voor een medische intake. Deze taak hebben COA-medewerkers wel op de azc's maar niet op de andere typen opvanglocaties (col, pol of pré-pol).
GC A is verantwoordelijk voor het doen van een medische intake bij asielzoekers, zo spoedig mogelijk na aankomst op de COA-opvanglocatie, ongeacht welk type opvanglocatie. Afhankelijk van de bevindingen uit de medische intake, stelt GC A een zorgplan voor de asielzoeker op.

Resultaten inspectiebezoeken
Op de twee azc's die de inspectie bezocht, voldeed het COA niet aan de normen voor de medische intake. Op beide azc's gaven COA-medewerkers aan geen rol te hebben bij de medische intake, omdat GC A verantwoordelijk was voor de uitvoering hiervan. Ook werden de asielzoekers zelf verantwoordelijk geacht voor het maken van een afspaak voor een medische intake. Op de andere opvanglocaties (col, pol of pré-pol) had het COA geen rol bij de medische intake.
Op acht van de tien bezochte opvanglocaties voldeed GC A deels aan de norm om asielzoekers zo spoedig mogelijk na aankomst op de opvanglocatie uit te nodigen voor een medische intake. Op deze opvanglocaties deed GC A wel medische intakes, maar vanwege de beperkte personele capaciteit nodigde zij hiervoor alleen de asielzoekers uit van wie bekend was dat zij medische problemen hadden of tot een risicogroep behoorden (bijvoorbeeld ouderen). Op één opvanglocatie voldeed GC A niet aan de norm omdat er geen medische intakes werden uitgevoerd. Op één opvanglocatie werkte GC A wel conform de norm.
Asielzoekers die geen gehoor gaven aan de eerste uitnodiging voor de medische intake (*no-show)*, werden niet op elke opvanglocatie nogmaals uitgenodigd, zoals de norm voorschrijft.

Resultaten monitorinformatie
GC A gaf de inspectie in 2015 elke drie maanden inzicht in het aantal:
- nieuw ingestroomde asielzoekers per maand[d]
- uitgevoerde medische intakes
- nog uit te voeren medische intakes
- eerste *no-shows*
- tweede *no shows*

De monitorinformatie van GC A liet vanaf januari 2015 maandelijks een stijging zien van het aantal asielzoekers dat instroomde, met een piek in het najaar van 2015 . Het aantal uitgevoerde intakes bleef in deze maanden nagenoeg gelijk. Hierdoor steeg het aantal nog uit te voeren medische intakes per maand.

---
d Het aantal door de IND geregistreerde/geïdentificeerde asielzoekers. In de tweede helft van 2015 was de werkelijke instroom groter, omdat een deel van de asielzoekers in Nederland nog ongeregistreerd was.

Het totaal aantal asielzoekers dat niet verscheen op de uitnodiging voor een medische intake (eerste *no-show)* varieerde enigzins per maand, maar nam in de loop van 2015 geleidelijk af. Deze *no-show* kon verschillende oorzaken hebben. Bijvoorbeeld dat de asielzoeker al overgeplaatst was naar een andere opvanglocatie, dat hij de afspraak was vergeten of niet had begrepen waarvoor hij moest komen. Wanneer een asielzoeker niet op de datum van de uitnodiging verscheen, ontving hij van GC A een tweede uitnodiging. Indien de asielzoeker ook dan niet verscheen, werd dit geregistreerd als een tweede *no-show*. Het aantal asielzoekers dat niet verscheen op de tweede uitnodiging nam in het voorjaar van 2015 toe, maar daalde weer licht vanaf mei 2015.

Resultaten acties ketenpartners
De ketenpartners spraken tijdens het overleg van de inspectie met de ketenpartners af om een verkorte medische intake in de aankomstlocaties (col's) in te voeren voor alle in Nederland binnengekomen asielzoekers. Daarnaast zette GC A extra personele capaciteit in om de achterstand in de uitvoering van de medische intakes op de opvanglocaties te verkleinen.

4.4 Bereikbaarheid GC A Praktijklijn

Risico's en normen
Het risico dat de inspectie in 2014 signaleerde was dat door de verhoogde instroom de GC A Praktijklijn onvoldoende bereikbaar zou zijn.
GC A is verantwoordelijk voor de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn, 24 uur per dag, 7 dagen per week. De norm die GC A hanteert voor de bereikbaarheid van de GC A Praktijklijn is voor reguliere vragen, dat minimaal 85% van de asielzoekers binnen 120 seconden een GC A-medewerker aan de lijn heeft. Bij spoedgevallen is de GC A norm dat minimaal 95% van de asielzoekers binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn heeft.

Resultaten inspectiebezoeken
Tijdens de inspectiebezoeken bleek dat alle bezochte opvanglocaties over twee mobiele telefoons beschikten waarmee asielzoekers de GC A Praktijklijn konden bellen. Met deze mobiele telefoons konden asielzoekers zelf een ruimte opzoeken om zo in privacy het gesprek met de GC A Praktijklijn te voeren. Verschillende opvanglocaties hadden ook een vaste telefoon in de nabijheid van de receptie, zodat zo nodig ondersteuning kon worden geboden bij het bellen met de GC A Praktijklijn.
Tijdens de bezoeken aan de opvanglocaties vroeg de inspectie de asielzoekers, de COA-medewerkers en de GC A-medewerkers naar hun ervaringen met de GC A Praktijklijn. Uit de gesprekken kwam de lange wachttijd voor de GC A Praktijklijn als belangrijkste knelpunt naar voren. Deze lange wachttijd had betrekking op de tijd die het duurde voordat een GC A-medewerker aan de lijn was en er een tolk beschikbaar was. Pas daarna konden de medische klachten uitgevraagd worden. Ook duurde het lang om een afspraak met een zorgverlener te maken of vervoer naar een zorgvoorziening te regelen.
Enkele asielzoekers gaven in de gesprekken met de inspectie aan goed geholpen te zijn door de GC A Praktijklijn, maar de meeste asielzoekers vonden dat zij te lang moesten wachten voordat zij werden geholpen. Sommige asielzoekers vonden het een nadeel dat de medewerkers van de GC A Praktijklijn op afstand zaten en via de telefoon een situatie moesten beoordelen. COA-medewerkers bevestigden dat het veel vraagt van een asielzoeker om, ook met de hulp van een tolk, de medische klachten uit te leggen. Sommige asielzoekers vonden dat de medewerker van de GC A Praktijklijn te veel vragen stelde, ook wanneer naar hun idee de klachten heel duidelijk waren.

Resultaten monitorinformatie
GC A gaf de inspectie in 2015 elke drie maanden inzicht in:
- het percentage asielzoekers met reguliere vragen dat binnen 120 seconden een GC A medewerker aan de lijn had (norm = minimaal 85%);
- het percentage asielzoekers met spoedvragen dat binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn had (norm = minimaal 95%).

De monitorinformatie van GC A liet zien dat de GC A Praktijklijn gedurende heel 2015 voldeed aan de norm voor spoedvragen. De bereikbaarheid lag met 99 tot 100 procent boven de norm.
De bereikbaarheid voor reguliere vragen gedurende de dag lag tot augustus 2015 boven de norm van 85%. Daarna daalde de bereikbaarheid tot onder de norm, namelijk naar 70% in november. De bereikbaarheid van de GC A Praktlijklijn tijdens avond, nacht en weekend (ANW) schommelde tot juli nog rond de 80%, maar daalde daarna tot ver onder de norm: 50% in november.

Resultaten acties ketenpartners
De ketenpartners spraken tijdens het overleg van de inspectie met de ketenpartners af om de werkprocessen zodanig aan te passen dat de GC A Praktijklijn wordt ontlast en dat aan de normen voor bereikbaarheid wordt voldaan. Daarnaast heeft GC A extra medewerkers aangetrokken om de wachttijd op de GC A Praktijklijn te verminderen.

4.5 Publieke gezondheid

4.5.1 Infectieziektenpreventie en –bestrijding

Risico's en normens
Het risico dat de inspectie in 2014 signaleerde in verband met de verhoogde instroom waren uitbraken van tbc en andere infectieziekten.
De GGD en het COA hebben de taak asielzoekers bij binnenkomst in Nederland verplicht te screenen op tbc. Deze tbc-screening moet binnen één week na aankomst in Nederland worden uitgevoerd, tenzij de screening al elders is gedaan en de uitslag bekend is. Daarnaast krijgen asielzoekers uit hoogrisicolanden nog vier tbc vervolgscreeningen aangeboden, die om de zes maanden plaatsvinden. De vervolgscreening is vrijwillig en wordt uitgevoerd door en onder verantwoordelijkheid van de locale GGD.
GGD'en voeren verder de individuele en collectieve preventie van infectieziekten uit conform de richtlijnen van het RIVM. Hieronder vallen onder andere bron- en contactopsporing, het melden van meldingsplichtige infectieziekten en het adviseren van het COA bij uitbraken van infectieziekten.

Resultaten inspectiebezoeken
Bij de start van de inspectiebezoeken in 2015 werd de initiële tbc-screening binnen een week bij alle in Nederland binnengekomen asielzoekers in de col in Ter Apel uitgevoerd. In de tweede helft van 2015 bleek tijdens een inspectiebezoek aan een pré-pol locatie dat de tbc-screening bij een groot deel van de asielzoekers op de opvanglocatie nog niet had plaatsgevonden. Deze asielzoekers waren nog niet geregistreerd en geïdentificeerd door de IND. Registratie en identificatie zijn noodzakelijk om personen met een positieve uitslag van de tbc-screening te kunnen traceren met het oog op vervolgbehandeling.
Uit de inspectiebezoeken bleek verder dat de vervolgscreening op tbc wel door GGD'en werd uitgevoerd, maar dat een goed overzicht van het bereik ontbrak.
In bijna alle bezochte opvanglocaties was in de tweede helft van 2015 sprake geweest van kleine of grotere scabiësuitbraken. De behandeling van scabiës vroeg veel capaciteit van GC A, COA en de GGD'en. En hoewel diverse gesprekspartners

verbeterpunten noemden was er over het algemeen tevredenheid over de wijze waarop de scabiësuitbraken waren aangepakt.

Resultaten monitorinformatie
Het COA gaf de inspectie inzicht in het bereik van de eerste screening op tbc na aankomst in Nederland.
In het eerste halfjaar van 2015 was het bereik van de eerste screening binnen een week circa 95%. In augustus tot en met november 2015 daalde dit percentage naar circa 85%.
Over het bereik van de vervolgscreeningen op tbc was geen landelijke monitor-infomatie beschikbaar.

Resultaten acties ketenpartners
De ketenpartners op landelijk niveau hebben in de tweede helft van 2015, in samenspraak met onder andere het RIVM en de verantwoordelijke departementen, een aantal maatregelen afgesproken om de eerste screening op tbc op orde te brengen. Deze maatregelen omvatten onder andere uitbreiding van de capaciteit bij de IND voor registratie en identificatie, en opschorting van de tbc-screening van asielzoekers uit Syrië. Deze opschorting is verantwoord omdat de incidentie van tbc bij Syrische asielzoekers laag is (vergelijkbaar met de incidentie in Nederland).
Eind 2015 liep de screening bij binnenkomst in Nederland bij hoogrisicogroepen weer goed en was de achterstand ingelopen.
De ketenpartners spraken tijdens het overleg van de inspectie met de ketenpartners verder af dat GGD GHOR Nederland monitorinformatie bij GGD'en gaat verzamelen over het bereik van de vervolgscreening op tbc.

4.5.2 Jeugdgezondheidszorg

Risico's en normen
Het risico dat de inspectie in 2014 signaleerde in verband met de verhoogde instroom was het uitbreken van infectieziekten als kinderen van asielzoekers onvoldoende gevaccineerd zijn.
De GGD'en hebben de taak om het volledige pakket JGZ aan te bieden aan kinderen van 0–19 jaar op reguliere asielzoekerscentra. Bij kinderen in de leeftijd tot 18 maanden moeten zij binnen drie maanden na aankomst in Nederland starten met de uitvoering van het RVP.
Tot 1 oktober werd geen JGZ aangeboden aan kinderen die verbleven op de col en op de (pré-)pol's. Vanwege de stagnerende doorstroom in de asielprocedure werd vanaf 1 oktober een beperkt pakket JGZ aangeboden op de (pré-)pol's. Kinderen van 0–12 maanden kregen het volledige JGZ-aanbod, kinderen van 12–18 maanden alleen het RVP. Kinderen vanaf 18 maanden op de (pré-pol's) kregen geen JGZ aangeboden.

Resultaten inspectiebezoeken
Op zeven van de tien bezochte opvanglocaties werden naast volwassenen ook kinderen opgevangen. Op vier van deze zeven opvanglocaties werd JGZ aangeboden; op de col en twee pol's niet, conform een landelijke afspraak hierover.
De inspectie constateerde in de tweede helft van 2015 tijdens een inspectiebezoek aan een pré-pol dat de JGZ niet bij alle kinderen tot 18 maanden tijdig was gestart met het RVP. Op de andere drie opvanglocaties waar JGZ werd aangeboden, was dit wel het geval.

Resultaten monitorinformatie
GGD GHOR Nederland gaf de inspectie inzicht in het bereik van de JGZ bij kinderen jonger dan 18 maanden waarbij binnen drie maanden met het RVP was gestart. Hieruit bleek dat tot en met de eerste helft van 2015 bij ongeveer 90% van de kinderen aan de norm werd voldaan. In de tweede helft van 2015 daalde dit percentage gestaag tot ongeveer 65%. Daarbij moet aangetekend worden dat deze cijfers geen exact beeld geven van het bereik van de JGZ. Kinderen die in het land van herkomst volledig gevaccineerd zijn maar wel gezien zijn door de JGZ, zijn niet in deze cijfers meegenomen.

Resultaten acties ketenpartners
De dalende trend in het bereik van de JGZ bij kinderen tot 18 maanden was aanleiding voor het COA en GGD GHOR Nederland om vanaf 1 oktober een beperkt pakket JGZ aan te bieden aan kinderen van 0 – 18 maanden in de (pré-)pol's. Vanaf 1 januari 2016 is dit beperkte pakket verder uitgebreid naar alle kinderen van 0 – 4 jaar in de (pré-)pol's.
De ketenpartners spraken tijdens het overleg van de inspectie met de ketenpartners verder af dat GGD GHOR Nederland onderzoekt hoe de informatie om het bereik van de JGZ bij kinderen van asielzoekers te kunnen monitoren verbeterd kan worden.

4.5.3 Technische hygiënezorg

Risico's en normen
De inspectie had in 2014 technische hygiënezorg niet als risico benoemd. Tijdens de laatste vier inspectiebezoeken in 2015 heeft de inspectie wel gekeken naar de uitvoering van de technische hygienezorg (THZ)-inspectie. Reden hiervoor was dat in de tweede helft van 2015 in hoog tempo nieuwe (nood)opvanglocaties werden ingericht, maar dat niet duidelijk was of deze (nood)opvanglocaties voldeden aan de hygiënenormen.
THZ-inspectie is een taak van de GGD. GGD'en voeren jaarlijks een THZ-inspectie uit op alle asielzoekerscentra. Er is echter geen norm afgesproken voor de termijn waarbinnen een THZ-inspectie door de GGD uitgevoerd moet zijn op een nieuwe (nood)opvanglocatie. Daarom heeft de inspectie dit thema alleen inventariserend onderzocht.

Resultaten inspectiebezoeken
Ten tijde van het inspectiebezoek had de GGD op drie van de vier bezochte opvanglocaties nog geen THZ-inspectie uitgevoerd. Op één locatie was tweemaal een THZ-inspectie uitgevoerd; eenmaal voor opening van de opvanglocatie en eenmaal nadat deze in gebruik was genomen.

Resultaten monitorinformatie
De inspectie heeft geen monitorinformatie opgevraagd over technische hygiënezorg, omdat dit thema pas in de tweede helft van 2015 is toegevoegd aan het bezoek-instrument.

Resultaten acties ketenpartners
De ketenpartners spraken tijdens het overleg van de inspectie met de ketenpartners af dat GGD GHOR Nederland en COA afspreken binnen welke termijn van GGD'en verwacht mag worden dat zij op nieuwe (nood)opvanglocaties een THZ-inspectie uitvoeren. De inspectie kan vervolgens toetsen op de naleving van deze norm.

4.6 Samenwerking

Risico's en normen
COA-medewerkers zijn als het ware 'de ogen en oren' van GC A als het gaat om het signaleren van zorgbehoefte bij asielzoekers. Goede samenwerking tussen het COA en GC A is daarbij essentieel. Als deze signalen GC A niet bereiken, ontstaan er risico's op het uitblijven of niet tijdig bieden van medische zorg.
Samenwerking van het COA en GC A met de GGD is ook van belang in het kader van technische hygiënezorg, preventie en bestrijding van infectieziekten en de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
Over samenwerking tussen de ketenpartners op de opvanglocatie zijn geen normen beschikbaar. Daarom heeft de inspectie dit onderwerp tijdens de inspectiebezoeken alleen inventariserend onderzocht.

Resultaten inspectiebezoeken
Tijdens de toezichtbezoeken vroeg de inspectie aan alle gesprekspartners naar hun ervaringen met de samenwerking tussen de ketenpartners. De ervaringen waren per opvanglocatie verschillend. Zo werd op de helft van de bezochte opvanglocaties de samenwerking tussen COA en GC A als goed ervaren. Daar werd aangegeven dat er korte lijnen waren tussen de medewerkers van beide organisaties. Bij de andere helft van de opvanglocaties werd de samenwerking tussen GC A en COA wisselend ervaren door de gesprekspartners. De terugkoppeling die de inspectie in de locatierapporten gaf over de samenwerking werd niet door alle ketenpartners herkend.
Op sommige opvanglocaties was geen multidisciplinair overleg (mdo). Dit is een overleg tussen COA, GC A en eventueel andere zorgverleners. Op een paar nieuwe opvanglocaties was men wel voornemens om een mdo te starten.
Het ochtendoverleg tussen de beveiliging en het COA vond op alle opvanglocaties plaats maar niet overal was het GC A hierbij aanwezig.
De samenwerking op de bezochte opvanglocaties van het COA en GC A met de technische hygiënezorg van de GGD en de jeugdgezondheidszorg was veelal beperkt. Op de opvanglocaties waar een uitbraak was geweest van infectieziekten (bijv. Scabiës) was meestal een korte maar intensieve periode van samenwerking geweest tussen het COA, GC A en de GGD. Deze samenwerking was over het algemeen door de betrokkenen als positief ervaren.

Resultaten monitorinformatie
Ten aanzien van samenwerking tussen de ketenpartners heeft de inspectie geen monitorinformatie opgevraagd bij de ketenpartners.

Resultaten acties ketenpartners
De ketenpartners spraken tijdens het overleg met de inspectie af dat COA en GC A concrete afspraken gaan maken over wat minimaal verwacht mag worden van de samenwerking van de ketenpartners op nieuwe opvanglocaties.

4.7 Overige risico's en signalen

Tijdens de bezoeken heeft de inspectie aan alle gesprekspartners gevraagd of zij nog risico's constateerden die niet waren besproken of signalen die men aan de inspectie wilde meegeven. De gesprekspartners kwamen met uiteenlopende signalen, waarvan sommige niet zorggerelateerd.
Een deel van de signalen had alleen betrekking op de bezochte opvanglocatie; deze signalen zijn opgenomen in de locatierapporten.

Een ander deel van de signalen was algemener van aard en had betrekking op het beleid op landelijk niveau. Deze signalen besprak de inspectie tijdens het overleg met de ketenpartners op landelijk niveau.

Signalen op landelijk niveau die op meerdere bezochte opvanglocaties werden gegeven waren:

- Verwachtingen van asielzoekers ten aanzien van de medische zorg in Nederland kwamen niet overeen met hetgeen daaadwerkelijk werd geboden. Hierdoor ontstond onrust en ontevredenheid bij asielzoekers.
- Door de snelle uitbreiding van het aantal opvanglocaties waren er relatief veel onervaren medewerkers op de nieuwe opvanglocaties.
- Door de snelle opening van nieuwe opvanglocaties waren werkruimtes niet optimaal ingericht. Sommige gesprekspartners gaven aan dat hun werkruimte onvoldoende werkbaar was.
- De lange duur van de asielprocedure, de daarbij horende spanning en het ontbreken van een zinvolle dagbesteding waren mede oorzaak van psychische problematiek. Dit was voor veel gesprekspartners een belangrijk zorgpunt. Ook asielzoekers gaven aan dat het lange wachten en het nietsdoen de stress die zij ervoeren in de asielprocedure versterkte.
- Op verschillende opvanglocaties die de inspectie bezocht gingen de kinderen nog niet naar school.

Tot slot constateert de inspectie dat landelijke monitoring van gezondheidsklachten bij asielzoekers grotendeels ontbreekt. Er is geen actueel overzicht op populatie-niveau van de gezondheidsklachten bij asielzoekers die momenteel in de opvang-locaties verblijven.

5 Beschouwing

Het toezichtonderzoek dat de inspectie in 2015 uitvoerde naar de medische zorg aan asielzoekers op nieuwe opvanglocaties kende een andere opzet en werkwijze dan de gebruikelijke (thematische) onderzoeken van de inspectie.
De hoge instroom van asielzoekers in Nederland zorgde voor dynamiek in de opvang en medische zorg aan asielzoekers. De inspectie wilde met dit toezichtonderzoek aansluiten bij deze dynamiek. Het doen van een langdurig onderzoek om te komen tot een rapport met maatregelen en aanbevelingen past niet in deze situatie. Van belang is juist een snelle terugkoppeling van resultaten van inspectiebezoeken. Zodoende kunnen de ketenpartners de maatregelen en aanbevelingen snel oppakken. Bovendien is frequent contact nodig tussen inspectie en ketenpartners om aangesloten te blijven op de actuele ontwikkelingen.

In dit toezichtonderzoek stond de interactie tussen de inspectie en de ketenpartners (COA, GC A, GGD GHOR Nederland en MCA) centraal. Gedurende het onderzoek organiseerde de inspectie een viertal overleggen met de ketenpartners op landelijk niveau waarin de resultaten van de inspectiebezoeken werden besproken, evenals de landelijke monitorinformatie van de ketenpartners. Doel van deze zogenoemde 'ketenpartneroverleggen' was de grootste risico's door de snelle uitbreiding van het aantal opvangplaatsen tijdig te signaleren, te monitoren en maatregelen af te spreken om deze risico's te beperken.
De gekozen opzet en werkwijze bij dit toezichtonderzoek passen binnen het nieuwe meerjarenbeleidsplan 2016-2019 van de IGZ, waarin vertrouwen de basis is voor het toezicht en de inspectie uitgaat van de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om verantwoorde zorg te bieden.

Terugkijkend op het toezichtonderzoek in 2015 concludeert de inspectie dat de gekozen opzet en werkwijze effectief waren. De snelle terugkoppeling van de resultaten van inspectiebezoeken werd gewaardeerd door de ketenpartners, evenals het periodieke overleg. Risico's die ontstonden door de dynamiek waren goed in beeld bij de ketenpartners en inspectie en werden gezamenlijk besproken. Hierop volgden verbeteracties, al konden niet alle risico's worden voorkomen of opgelost. De ketenpartners namen wel maatregelen om de ontstane risico's zoveel mogelijk te beperken. Tijdens de ketenpartneroverleggen was ook gelegenheid om nieuw ontstane risico's te signaleren en te bespreken.

De inspectie deed met dit onderzoek ervaring op met een andere manier van toezicht houden. De andere werkwijze bracht een aantal voordelen met zich mee zowel voor de ketenpartners als voor de inspectie. Voordeel voor de ketenpartners was dat de toezichtlast van de inspectiebezoeken beperkt bleef, doordat de inspectie zich niet alleen baseerde op informatie uit toezichtbezoeken, maar ook op monitorinformatie die zij opvroeg bij de ketenpartners. Het aantal inspectiebezoeken was hierdoor beperkt. De snelle terugkoppeling van resultaten van inspectiebezoeken gaf de ketenpartners de mogelijkheid om risico's tijdig te signaleren en te beperken.
Voordeel voor de inspectie was dat de inspectiecapaciteit gericht ingezet kon worden bij een klein aantal toezichtbezoeken en in de ketenpartneroverleggen.
Door de interactie met de ketenpartners bleef de inspectie geïnformeerd over de actuele ontwikkelingen in het veld. Daarbij bleven de ketenpartners zelf verantwoordelijk voor het realiseren van verbeteringen en werd hun intrinsieke motivatie optimaal benut om risico's als gevolg van de grote instroom zoveel mogelijk te beperken.

6 Summary

The mass influx of asylum seekers In Europe also put a great strain on the provision of medical care to asylum seekers in 2015 in The Netherlands. This created a number of risks, the most prominent of which have remained limited thanks to the concerted efforts of the involved chain partners, i.e. the Health Centre for Asylum Seekers (GC A), the Netherlands Association of Community Health Services and Regional Medical Emergency Preparedness and Planning Offices (GGD GHOR Nederland), the Central Agency for the Reception of Asylum Seekers (COA), and Menzis COA Administration (MCA). This is the conclusion of the Health Care Inspectorate (hereafter: Inspectorate) based on its investigation in 2015 into the provision of medical care to asylum seekers at new reception locations.

The Netherlands received around 58,880 asylum seekers in 2015, more than double the number received in 2014. The COA expanded the number of (emergency) reception locations for asylum seekers from 40 to about 100. This rapid expansion has led to certain risks concerning the availability, accessibility and quality of medical care for asylum seekers. For that reason, the Inspectorate launched an investigation in 2015 to look into the provision of medical care to asylum seekers at new reception locations, seeking answers to the questions of whether the chain partners fulfil applicable standards, have effectively identified the main risks, and whether measures have been implemented to minimize those risks. Between May and November of 2015, the Inspectorate paid 10 inspection visits to (emergency) reception locations, during which inspectors spoke with asylum seekers and staff members of COA, GC A, GGDs and Youth Healthcare (JGZ) organisations.

Despite considerable effort and commitment of staff at the new reception locations, the chain partners were unable to meet standards applicable to medical care for asylum seekers. Due to the high number of incoming asylum seekers, many of them were not medically screened by the GC A upon arrival in the Netherlands. The GC A's out-of-hours telephone line (*Praktijklijn*) also lacked resources to cope with the increased number of calls. The delays in registering and identifying newly arrived asylum seekers resulted in TB screenings taking place too late. In addition, the JGZ was unable to register all children for the National Vaccination Programme. On a positive note, the GC A did manage to assemble teams of GPs at each reception site, and MCA was able to arrange for all other first-line care services (e.g. pharmacists, dentists, obstetricians).

Based on national monitoring data the chain partners were able to identify early on any risks related to the mass influx. They worked together on implementing measures to minimize those risks at all reception locations. National monitoring activities however fell short in a number of respects, among which follow-up TB screening, the reach of the JGZ, and the way in which the COA fulfils its non-medical guiding role.

During its investigation, the Inspectorate found that no standards are in place to facilitate infection control inspections by GGDs or to coordinate the cooperation between chain partners at new reception locations. Arrangements were agreed with the chain partners to address both aspects and to ensure relevant standards were developed and implemented.

Issues for improvement identified by the Inspectorate concern the way asylum seekers are informed about the healthcare system in the Netherlands, and the national system for monitoring health issues of asylum seekers at reception locations.
During its supervisory investigation the Inspectorate made sure the outcome of the supervisory visits was made available as feedback as soon as possible, both locally to the chain partners at reception locations, as well as nationally. The Inspectorate took enforcement measures where necessary.
The Inspectorate will continue supervising the provision of medical care to asylum seekers in 2016

Bijlage 1 Lijst afkortingen

ANW	Avond, nacht, weekend
AVO	Aanvullende opvanglocatie
AZC	Asielzoekerscentrum
BTP JGZ	Basistakenpakket JGZ
COA	Centraal Orgaan opvang Asielzoekers
Col	Centrale ontvangstlocatie
CNO	Crisisnoodopvang
CPT	Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding
GC A	Gezondheidscentrum Asielzoekers
GGD	Gemeentelijke of gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
HAP	Huisartsenpost
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
MCA	Menzis COA Administratie
MDO	Multidisciplinair Overleg
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
POH A	Praktijkondersteuner huisartsenzorg asielzoekers
Pol	Proces opvanglocatie
Pré-pol	Pré-proces opvanglocatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RZA	Regeling Zorg Asielzoekers
THZ	Technische hygiënezorg
VWN	Vluchtelingenwerk Nederland
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Bijlage 2 Organisatie medische zorg aan asielzoekers

Verschillende typen opvanglocaties
Het COA is verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van asielzoekers in Nederland. Asielzoekers verblijven in afwachting van de beslissing op hun asielverzoek of hun vertrek op een COA-opvanglocatie.
Er zijn verschillende typen opvanglocaties, afhankelijk van de fase van de asielprocedure. De centrale ontvangstlocatie (col) is in principe de eerste verblijfplaats van asielzoekers. Daarna stromen asielzoekers door naar een procesopvanglocatie (pol). Op de pol verblijven asielzoekers ter voorbereiding op de algemene asielprocedure. Vanwege beperkte doorstroom is een tussenvariant ontstaan; de pre-pol's. Vanuit de pol verhuizen asielzoekers naar één van de asielzoekerscentra (azc's) in het land.

Gezondheidszorg voor asielzoekers
Asielzoekers die in de centrale opvang van het COA verblijven hebben toegang tot de gezondheidszorg. De aanspraak op vergoeding van zorg is voor asielzoekers vastgelegd in de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA).
Het COA is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de gezondheidszorg aan asielzoekers. Het COA heeft de zorg voor asielzoekers geregeld via een contract met zorgverzekeraar Menzis.
Menzis COA Administratie B.V. (MCA) voert de RZA uit. Menzis heeft voor de organisatie van de huisartsenzorg en het toegeleiden van de patiënten naar de reguliere zorg een eerstelijns Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) ingericht.
Uitgangspunt voor de gezondheidszorg aan asielzoekers is dat deze zoveel mogelijk overeenkomt met de zorg zoals die aan alle inwoners van Nederland geboden wordt.

Taken en verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg voor asielzoekers
De asielzoekers die in Nederland verblijven hebben voor de medische zorg met verschillende organisaties te maken. Iedere organisatie heeft een specifieke rol.

Het *Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA)* zorgt voor opvang en ondersteunt de laagdrempelige toegang tot zorg door de asielzoeker wegwijs te maken in de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Dit is onderdeel van de niet-medische gidsfunctie van het COA.
Wanneer asielzoekers in een azc opvanglocatie arriveren (en bij doorstroom) informeert de COA-medewerker de asielzoeker voor wat betreft zorg onder andere over het belang van de medische intake bij het GC A. Via een medische intake kan direct worden vastgesteld of zorg nodig is en eventueel kan een behandeling in een zo vroeg mogelijk stadium worden gestart.

Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) is een landelijk gezondheidscentrum dat werkt vanuit locaties dichtbij of op opvanglocaties voor asielzoekers. Hier kunnen asielzoekers terecht met zorgvragen.
Een vestiging van het GC A is op elke opvanglocatie aanwezig. Hier zijn huisartsen, praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten werkzaam. Ook is een GGZ consulent aanwezig. Asielzoekers kunnen naar een inloopspreekuur. De openingsuren en de frequentie van het inloopspreekuur zijn gerelateerd aan het aantal bewoners per locatie. Op het inloopspreekuur vraagt de praktijkassistente de klachten uit (triage) en maakt zo nodig een afspraak met een praktijkverpleegkundige of een huisarts. Eventueel geeft zij asielzoekers zelfzorgadviezen of voert zelf zorgtaken uit.

De GC A-medewerkers op locatie maken zo nodig gebruik van een telefonische tolk. De huisartsen zijn een aantal dagen per week een aantal uur op de locatie beschikbaar voor de medische zorg aan asielzoekers. Wanneer een opvanglocatie geen GC A-team op locatie heeft, dan moeten asielzoekers naar een huisarts in de regio. De huisartsen verwijzen zo nodig door naar specialisten.
Onderdeel van GC A is de Praktijklijn, een medisch callcenter waar asielzoekers 24 uur per dag, 7 dagen per week, in iedere taal met vragen over hun gezondheid terecht kunnen. Ook kunnen zij via de GC A Praktijklijn een afspraak maken met de huisarts of de praktijkondersteuner huisartsenzorg asielzoekers (POH A) of andere zorgverleners, zoals tandartsen.
De GC A Praktijklijn is gevestigd in Wageningen, maakt gebruik van tolken en werkt met een *Front-Office* en een *BackOffice*. Bij de *Front-Office* zijn praktijkassistenten werkzaam die door middel van triage (medische urgentiebepaling) beoordelen of een asielzoeker medische zorg nodig heeft; eventueel kunnen zij doorverwijzen naar een huisarts of andere zorgverleners zoals een tandarts. De *BackOffice* behandelt medisch-administratieve taken zoals het maken van afspraken met zorgverleners.

De *Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en)* voeren voor asielzoekers, net als voor alle andere inwoners in Nederland, taken uit op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Deze zorg is vooral gericht op preventie, voorlichting en screening. De controle op tuberculose (tbc), die asielzoekers bij aankomst in Nederland krijgen, maakt hier deel van uit.
Individuele en collectieve preventie, waaronder bron- en contactopsporing, wordt uitgevoerd conform de richtlijnen van het RIVM/ Centrum Infectieziektebestrijding. Asielzoekers uit hoogrisicolanden voor tbc worden bij binnenkomst (verplicht) gescreend op tbc. Zonodig volgt nader onderzoek en behandeling. Gedurende twee jaar na binnenkomst wordt idealiter bij asielzoekers uit hoogrisicolanden de screening herhaald (tbc-vervolgonderzoek). Deze vervolgscreening is vrijwillig en wordt uitgevoerd door en onder verantwoordelijkheid van de locale GGD.
Het COA registreert of aan de wettelijke verplichting is voldaan. Onderdeel van de taken van de GGD is inspectie van technische hygiënezorg. Jaarlijks worden de collectieve voorzieningen van de opvanglocaties voor asielzoekers gecontroleerd conform hygiënerichtlijnen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. De daarin genoemde normen zijn bedoeld als leidraad. De GGD kan een opvanglocatie advies op maat geven. Daarover wordt gerapporteerd aan het COA. Indien nodig worden maatregelen getroffen en bij meerdere verbeterpunten wordt tweemaal per jaar geïnspecteerd.
De jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0- tot 19-jarige asielzoekers wordt uitgevoerd conform het Basistakenpakket (BTP JGZ) 0-19 jaar door de GGD of een JGZ-organisatie. Het omvat inentingen en contactmomenten. Dit om de lichamelijke, sociale en psychische ontwikkeling van kinderen te bevorderen en te beschermen.

GGD GHOR Nederland is de landelijke koepel die afspraken maakt met het COA over de taken van de GGD'en op het gebied van de publieke gezondheidszorg voor asielzoekers.

Vluchtelingenwerk Nederland (VWN) is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor de belangen van asielzoekers. De medewerkers bieden onder andere ondersteuning tijdens de asielprocedure. Op elke opvanglocatie zijn medewerkers van VWN aanwezig of organiseren zij een spreekuur.

Bijlage 3 Overzicht bezochte opvanglocaties

	Datumbezoek	Plaats	Soort opvang-locatie[e]	Organisaties gesproken tijdens inspectiebezoek			
1.	27-05-2015	Ter Apel	Col	COA	GC A	GGD Groningen	VWN
2.	01-06-2015	Wageningen	Pol	COA	GC A	Veiligheids- en Gezondheids-regio Gelderland Midden (VGGM)	VWN
3.	15-06-2015	Gilze	Pol	COA	GC A	GGD Hart voor Brabant	VWN
4.	20-08-2015	Middelburg	Azc en pré- pol	COA	GC A	GGD Zeeland	VWN
5.	25-08-2015	Ootmarsum	Aanvullende opvanglocatie (avo)	COA	GC A	GGD Twente	VWN
6.	08-09-2015	Goes	Pré-pol Noodopvang	COA	GC A	GGD Zeeland	-
7.	20-10-2015	Venlo	Pré-pol	COA	GC A	GGD Limburg Noord	-
8.	29-10-2015	Apeldoorn	Pré-pol Noodopvang	COA	GC A	GGD Noord- en Oost Gelderland	-
9.	29-10-2015	Rosmalen	Pré-pol Noodopvang	COA	GC A	GGD Hart voor Brabant	-
10.	03-11-2015	Heerhugo-waard	Pré-pol	COA	GC A	GGD Hollands Noorden	-

e Dit betreft de functie van de opvanglocatie ten tijde van het inspectiebezoek. Deze functie kan inmiddels gewijzigd zijn.

Bijlage 4 Toetsingskader

Normenkader Medische zorg aan asielzoekers t.g.v. uitbreiding aantal opvangplaatsen				
Thema's	**Risico('s)**	**Mogelijke oorzaken**	**Normen**	**Bronnen**
1. Niet-medische gidsfunctie	Asielzoekers[f] weten niet hoe zij de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp kunnen bereiken.	Asielzoekers hebben geen of beperkte informatie ontvangen van het COA over de bereikbaarheid van/toegang tot de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp.	**1.1 COL** De (groeps)voorlichting wordt gegeven bij aankomst in de COL**.** De bewoners zijn geïnformeerd over: ☐ het GC A: het gebruik van de zorgtelefoon en het inloopspreekuur; ☐ wat te doen wanneer spoedeisende hulp nodig is (112 procedure); ☐ het tbc-onderzoek, waaronder de verplichte deelname door de bewoner; ☐ wat te doen bij zwangerschap; ☐ het COA zorginformatiepunt; ☐ de mogelijkheid om vragen bij de informatiebalie te stellen; ☐ het zorgaanbod in de COL (zijnde medisch noodzakelijke zorg).	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
			1.2 COL De medewerker reikt hierbij aan de bewoner uit: ☐ de leaflet gezondheidszorg COL/POL; ☐ de folder tbc-onderzoek van de GGD.	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
			1.1 POL Voorlichting wordt gegeven bij aankomst in de POL. De bewoners zijn geïnformeerd over: ☐ het GC A: het gebruik van de zorgtelefoon en het inloopspreekuur; ☐ wat te doen wanneer spoedeisende hulp nodig is (112 procedure); ☐ wat te doen bij zwangerschap; ☐ het COA zorginformatiepunt; ☐ de mogelijkheid om vragen bij de informatiebalie te stellen; ☐ het zorgaanbod in de POL (zijnde medisch noodzakelijke zorg).	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
			1.2 POL De medewerker reikt hierbij aan de bewoner uit: ☐ de leaflet gezondheidszorg COL/POL.	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23

f Daar waar asielzoeker staat wordt ook bewoner van de opvanglocatie bedoeld en omgekeerd.

Normenkader Medische zorg aan asielzoekers t.g.v. uitbreiding aantal opvangplaatsen				
Thema's	**Risico('s)**	**Mogelijke oorzaken**	**Normen**	**Bronnen**
			Kort na aankomst AZC **1.1 AZC** Voorlichting wordt gegeven bij aankomst in het AZC. De bewoners zijn binnen 5 dagen geïnformeerd over: ☐ het verplichte karakter van de tbc-screening (indien van toepassing); ☐ wat te doen bij spoedeisende hulp (112) en het gebruik van de zorgtelefoon; ☐ plaats en tijdstippen inloopspreekuur GC A, rol PvK en huisarts op locatie; ☐ de rol van de praktijklijn; ☐ de organisatie van de zorg met specifieke aandacht voor zorg bij zwangerschap.	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
			1.2 AZC De woonbegeleider reikt hierbij aan de bewoner uit: ☐ de COA informatiemap; ☐ algemene voorlichtingsbrochure gezondheidszorg; ☐ leaflet gezondheidszorg; ☐ de uitnodiging tbc-onderzoek (indien ongescreend).	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
2. Huisartsenzorg en andere eerstelijnszorg	De huisartsenzorg buiten de spreekuren van de opvanglocatie en tijdens de avond, nacht en weekend (ANW) is suboptimaal.	De huisartsenzorg is niet beschikbaar.	**2.1** De huisartsenzorg voor asielzoekers is 24/7 bereikbaar en beschikbaar.	COA Overeenkomst Menzis inzake Curatieve zorg asielzoekers, april 2013
		De achterwacht van de huisartsenzorg (waarneming) buiten de spreekuren van de opvanglocatie is onvoldoende bekend met de medische zorg aan asielzoekers.	**2.2** Als het GC A een huisarts heeft gecontracteerd die geen praktijk houdt in de betreffende regio van de opvanglocatie, dan maakt het GC A afspraken met een locale huisarts die voor spoedzorg beschikbaar is, om een consult te verrichten dan wel een visite te rijden naar de opvanglocatie.	Op basis van e-mail correspondentie met GC A, mei 2015
			2.3 De contractmanager huisartsen informeert de achterwacht van de huisartsenzorg (waarnemer) mondeling over de werkwijze van GC A. De achterwacht ontvangt een informatiemap over de medische zorg aan asielzoekers van de contractmanager huisartsen GC A.	Op basis van e-mail correspondentie met GC A, mei 2015

Normenkader Medische zorg aan asielzoekers t.g.v. uitbreiding aantal opvangplaatsen				
Thema's	**Risico('s)**	**Mogelijke oorzaken**	**Normen**	**Bronnen**
		De huisartsenzorg tijdens ANW is onvoldoende bekend met de medische zorg aan asielzoekers.	**2.4** Voor de ANW-dienst maakt het GC A afspraken met de huisartsenpost (HAP) of doktersdienst die de zorg tijdens deze uren levert namelijk: - de wijze van aanlevering van patiënten tijdens de ANW; - het gebruik van tolken, vervoer van en naar de HAP; - de informatieverstrekking over en weer; - de medicatieverstrekking tijdens de ANW - de diensten die de gecontracteerde huisarts dient te verrichten voor de inbreng van de groepbewoners van het AZC binnen de HAP.	Op basis van e-mail correspondentie met GC A, mei 2015
	Geen afstemming zorg/behandeling met andere eerstelijns disciplines.	Geen afspraken gemaakt met andere eerstelijns voorzieningen.	**2.5** MCA heeft ten behoeve van iedere opvanglocatie een apotheker, verloskundige en fysiotherapeut gecontracteerd en telefonisch en schriftelijk geïnformeerd over de medische zorg aan asielzoekers en afspraken gemaakt over vervoer naar deze voorzieningen.	Op basis van e-mail correspondentie MCA, mei 2015
3. **Medische intake**	Asielzoekers met medische klachten krijgen niet, of niet tijdig een medische intake.	Het COA verwijst asielzoekers met Medische klachten niet op tijd naar het GC A voor een medische intake.	**3.1** Bij aankomst op het AZC (zowel bij eerste instroom als doorstroom) informeert de woonbegeleider de bewoner voor wat betreft zorg o.a. over: ☐ het belang van de medische intake.	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
			3.2 De woonbegeleider reikt hierbij aan de bewoner uit o.a.: ☐ de brief medische intake.	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23
			3.3 Bij de voorlichtingsbijeenkomst op het AZC gaat het COA bij alle bewoners na of zij een afspraak hebben gemaakt met het GC A voor de medische intake.	Kader niet-medische gidsfunctie COA, februari 2013, pag. 21-23.
		Het GC A voert de medische intake niet of niet tijdig uit.	**3.4** Zo spoedig mogelijk na aankomst in de COA opvanglocatie vindt een eerste inventarisatie plaats van de gezondheidstoestand[g] van de asielzoeker. Deze omvat in elk geval: - Huidig medicijngebruik - Huidige klachten - De medische voorgeschiedenis	COA Overeenkomst Menzis inzake Curatieve zorg asielzoekers, april 2013

g De eerste inventarisatie van de gezondheidstoestand beschouwt de IGZ als de 'medische intake'.

Normenkader Medische zorg aan asielzoekers t.g.v. uitbreiding aantal opvangplaatsen				
Thema's	**Risico('s)**	**Mogelijke oorzaken**	**Normen**	**Bronnen**
			- Eventuele zorgachterstand Op basis van de bevindingen uit deze inventarisatie dient een zorgplan te worden opgesteld en in de uitvoering te worden opgenomen.	
			3.5 Bij no-show nodigt GC A de asielzoeker nog één keer uit voor de medische intake.	COA Overeenkomst Menzis inzake Curatieve zorg asielzoekers, april 2013
4. Bereikbaarheid Praktijklijn GC A	Onvoldoende bereikbaarheid van de praktijklijn GC A.	De wachttijd om contact te krijgen met praktijklijn GC A is te lang.	**4.1** Bij minimaal 85% van de reguliere vragen heeft de asielzoekers binnen 120 seconden een GC A-medewerkers aan de lijn.	Op basis van e-mail correspondentie met het GC A, mei 2015
			4.2 Bij minimaal 95% van de spoedgevallen heeft de asielzoeker binnen 30 seconden een medisch kundig persoon aan de lijn.	Op basis van e-mail correspondentie met het GC A, mei 2015
5. Publieke gezondheidszorg	Uitbraken van tbc en andere infectieziekten.	De capaciteit (apparatuur en menskracht) voor 1ste screening op tbc is beperkt.	**5.1** Volwassen asielzoekers worden bij binnenkomst in Nederland verplicht gescreend op tbc De tbc-screening wordt uitgevoerd binnen een week na aankomst, tenzij de screening al elders is gedaan en de uitslag bekend is.	-Protocol tbc-screening, -behandeling en BCG-vaccinatie bij asielzoekers, april 2015 -GGD GHOR Nederland, april 2015, pag. 1
		Vervolgscreeningen op tbc worden niet of niet tijdig uitgevoerd.	**5.2** Asielzoekers uit hoogrisico landen krijgen vier tbc vervolgscreeningen aangeboden. Deze vinden om de zes maanden plaats. De vervolgscreening is vrijwillig en wordt uitgevoerd door en onder verantwoordelijkheid van de locale GGD.	-Protocol tbc-screening, -behandeling en BCG-vaccinatie bij asielzoekers, april 2015 -GGD GHOR Nederland, april 2015, pag. 1
		De vaccinatiegraad van kinderen van asielzoekers is niet tijdig in beeld bij de JGZ, waardoor niet tijdig wordt gestart met het RVP.	**5.3** De JGZ start binnen drie maanden met het RVP bij kinderen van asielzoekers in de leeftijd tot 18 maanden.	Op basis van e-mail correspondentie met GGD GHOR Nederland, mei 2015